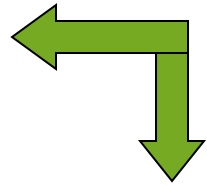
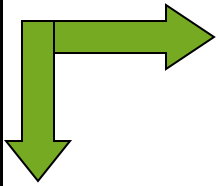




# Titre du cours : Plan d'amélioration de la qualité (PAQ)

*Facilitateur :*  
*Ariel IBATA BIDIE*



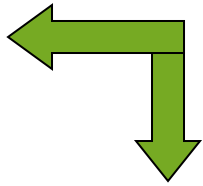
## IDENTIFICATION DE VOS ATTENTES



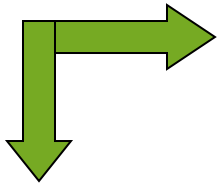


# Objectif pédagogique général du cours

---

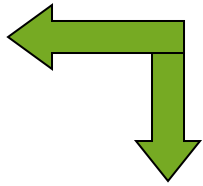


Amener les apprenants à s'appropriier le contenu et la mise en œuvre du suivi du PAQ



# **Les objectifs pédagogiques spécifiques du cours**

---



Comprendre:

- Le concept de démarche qualité
- Le rôle de la certification
- La mise en œuvre du PAQ et son suivi



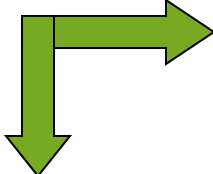
# CONTENU

---



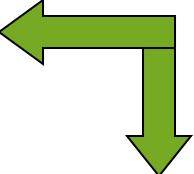
- I. Généralités
- II. La certification des établissements de santé
- III. Plan d'amélioration de la qualité (PAQ)

# I. Généralités



# I. Assurance qualité / Démarche Qualité

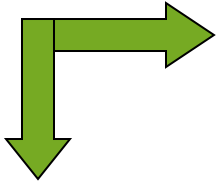
---



1.1. Définition de quelques concepts

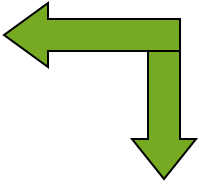
1.2. Principes de management de la qualité

1.3. Les facteurs favorisant la bonne implantation  
d'une démarche qualité



# **1.1. Definition de quelques concepts**

---





## La qualité et démarche qualité

Il existe de nombreuses définitions de la qualité. Parmi les plus reconnues, on peut retenir celle de ISO à savoir la qualité c'est: « l'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques d'un produit ou service à satisfaire des exigences ».

La démarche qualité en santé peut se définir comme l'engagement du producteur (le prestataire de soins dans le domaine de la santé) envers le consommateur (l'utilisateur, le patient) lui garantissant la fiabilité du produit (le service) par la mise en œuvre de procédures validées (conformité à des règles de bonnes pratiques et contrôles).

Cette procédure a donc pour objectif de donner l'assurance (assurance qualité) au client (patient) que l'on met en œuvre les moyens afin d'obtenir des prestations (des soins) de qualité et sa satisfaction (son rétablissement).

Le but est d'atteindre et de maintenir les objectifs de qualité définis, de manière à assurer aux clients la sécurité et la qualité de ses prestations. Ainsi une entreprise peut se développer au travers de la satisfaction de ses clients (patient).

### La qualité des soins

Comme pour la qualité, il existe de nombreuses définitions de la qualité des soins. La définition générale de l'ISO peut s'y appliquer. Les besoins implicites se définissant par l'absence de complication lors de la prise en charge, l'absence d'erreur....

Parmi l'une des plus connues, on peut également citer celle de l'OMS selon laquelle un soin de qualité « *doit permettre de garantir à chaque patient un ensemble d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène,*

*et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, de résultat et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».*

La qualité des soins admet de façon très simplifiée deux composantes principales : l'une liée au professionnel de santé (d'où les politiques de formation et d'évaluation), l'autre à l'organisation du système de soins et des structures contribuant à son fonctionnement (d'où la mise en place de certification de formations sanitaires, de Plan d'Amélioration de la Qualité).

Selon Donabédian, l'évaluation de la qualité des soins peut se mesurer à 3 niveaux, reflétant

l'articulation de 3 domaines distincts :

**1. la structure** : on recherche à savoir si la structure permet d'avoir les moyens de bien faire, tant sur le plan humain que matériel. On peut citer quelques exemples

d'indicateurs de structure en santé, comme le nombre de médecins dans une structure, nombre de blocs, ou d'IRM par exemple

**2. les processus (protocoles/procédures)** : mesurent les pratiques, en les comparant aux standards recommandés, tant sur le plan des pratiques professionnelles que de l'organisation (faisons nous comme il faut faire ?) : par exemple le taux de conformité à une pratique, ou le délai d'obtention d'un rendez-vous

Chez les professionnels de santé, la qualité des soins reste souvent perçue comme la conformité avec ce qui a été appris durant la formation ou ce qui doit être fait, techniquement.

Il s'agit évidemment d'un point essentiel, mais il n'est pas le seul. A titre d'illustration, la qualité des soins, dans un établissement, ne peut se résumer à la somme des compétences individuelles. La coordination des nombreuses interactions entre professionnels est un autre point fondamental, et représente un processus de prise en charge complexe.

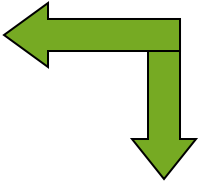
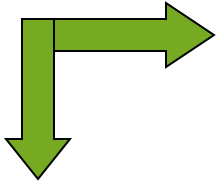
L'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) que l'on n'abordera pas dans ce cours, se place dans la partie des processus (procédures/protocoles).

**3. les résultats** : qui mesurent la qualité des prestations délivrées par *les résultats obtenus au final, tant sur le plan de l'état de santé que de la satisfaction des usagers*. On peut citer différents indicateurs de résultats en santé tels que le taux d'infection sur site opératoire, taux de vaccination... Attention, toutefois, le domaine de la santé n'étant pas totalement transposable au domaine industriel, on ne peut pas évaluer et résumer la qualité à partir des seuls indicateurs de résultats. En effet, le résultat d'une prestation de santé reste dépendante du patient : un mauvais résultat en santé n'est pas nécessairement le reflet d'une mauvaise prise en charge et, à l'inverse, une bonne prise en charge ne garantit pas à 100% un bon résultat.

On demande aux soignants une obligation de moyens, non de résultats.

## 1.2. Principes

---



# Les 7 principes de management de la qualité

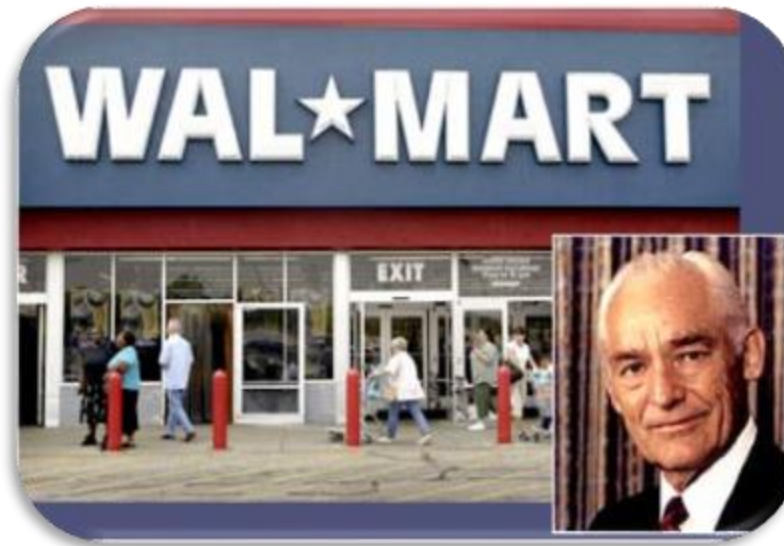




# PRINCIPE 1 : ORIENTATION CLIENT

*« Il n'y a qu'un patron : le client. Et il peut licencier tout le personnel, depuis le directeur jusqu'à l'employé, tout simplement en allant dépenser son argent ailleurs. »*

*Sam Walton (fondateur de Wal-Mart)*



*Les organismes dépendent de leurs clients, il convient donc qu'ils en comprennent les besoins présents et futurs, qu'ils satisfassent à leurs exigences et qu'ils s'efforcent d'aller au-devant de leurs attentes.*

**Implication pour un système de management:**

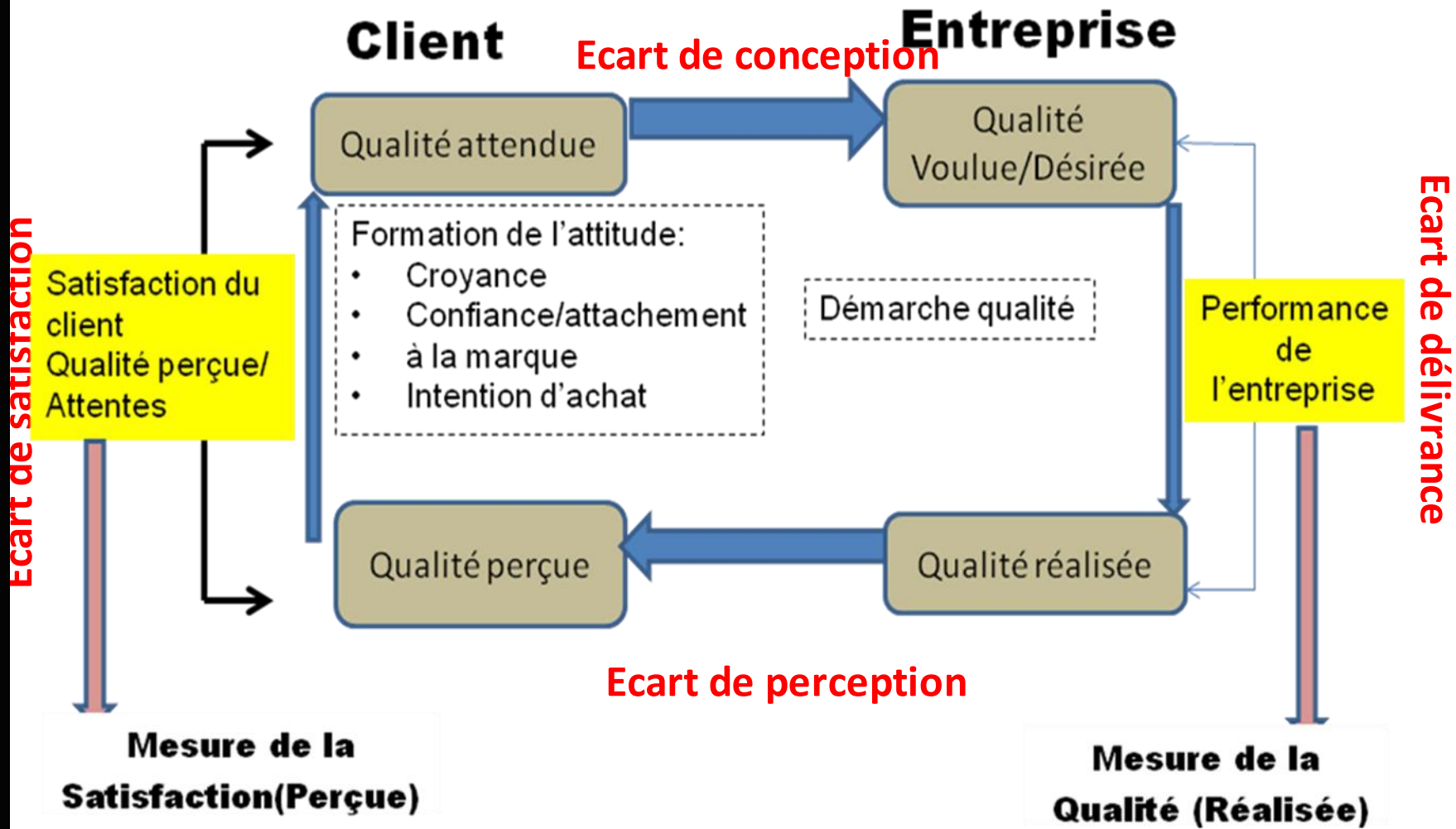
- Cerner et comprendre les besoins et attentes du client
- S'assurer que les objectifs de l'organisme sont en phase avec les besoins et les attentes du client.
- Exposer les besoins et les attentes du client dans tout l'organisme
- Gérer méthodiquement les relations avec le client.
- Assurer, dans la démarche visant la satisfaction de la clientèle, une approche équilibrée avec d'autres parties intéressées (notamment les propriétaires, les employés, les fournisseurs, les financiers, les collectivités locales et la société dans son ensemble)

Quel que soit le domaine, l'attention portée aux clients (patients) est cruciale, car leur satisfaction est conditionnée à leur écoute. En effet, le résultat d'une prestation de service demeure, au moins en partie, très dépendant des attentes du client.

On distingue toutefois différents types de qualité selon le point de vue adopté :

- **La qualité attendue** par le client (patient) se construit autour des besoins et des expériences antérieures de l'utilisateur. Dans le domaine médical il s'agit bien sûr de l'expertise et de la compétence technique du professionnel, mais pas uniquement : l'écoute apportée par le professionnel (capacité à laisser le patient exprimer ses attentes), ou les informations délivrées sont également attendus.
- **La qualité vécue (perçue)** par le client est celle qu'il expérimente; elle dépend de la qualité attendue et de la qualité effectivement délivrée
- **La qualité voulue** par l'entreprise, qui doit théoriquement être formulée sous forme de critères explicites, comme un cahier des charges, idéalement à partir de la qualité attendue par le client. Dans le domaine de la santé il peut s'agir de la conformité aux bonnes pratiques cliniques (réalisation d'une consultation psychiatrique pour tout patient entrant aux urgences pour tentative de suicide, par exemple), ou de la durée d'attente maximale. Chez les professionnels de santé, la qualité des soins reste encore souvent réduite à la conformité avec ce qui a été appris durant la formation.

- **La qualité effectivement délivrée (réalisée)** par l'entreprise : idéalement elle doit correspondre à la qualité voulue par l'entreprise (conformité de la qualité délivrée). Dans le domaine de la santé, on insiste surtout sur la qualité délivrée déterminée par la maîtrise d'une prestation de qualité (qui doit par exemple respecter les recommandations de bonne pratique édictées) et la qualité de l'information délivrée au patient.



Ecart de satisfaction

Ecart de délivrance

# Quelques dogmes de la relation clients

- 1. Les entreprises perdent en moyenne la moitié de leurs clients sur une période de cinq ans**
- 2. Pour chaque plainte d'un client reçue par une société, 26 autres clients n'expriment pas leurs préoccupations**
- 3. 98% des clients insatisfaits qui vous quittent ne font jamais part de leur insatisfaction**
- 4. Il coûte 5 fois plus cher de recruter un client que de le conserver**
- 5. Un client satisfait en parle à 2 ; un client insatisfait en parle à 10 (Coefficient de 5)**

## ***PRINCIPE 2 :***    **LE LEADERSHIP**





Le leadership, c'est l'art de faire faire à quelqu'un quelque chose que vous voulez voir fait, parce qu'il a envie de le faire.

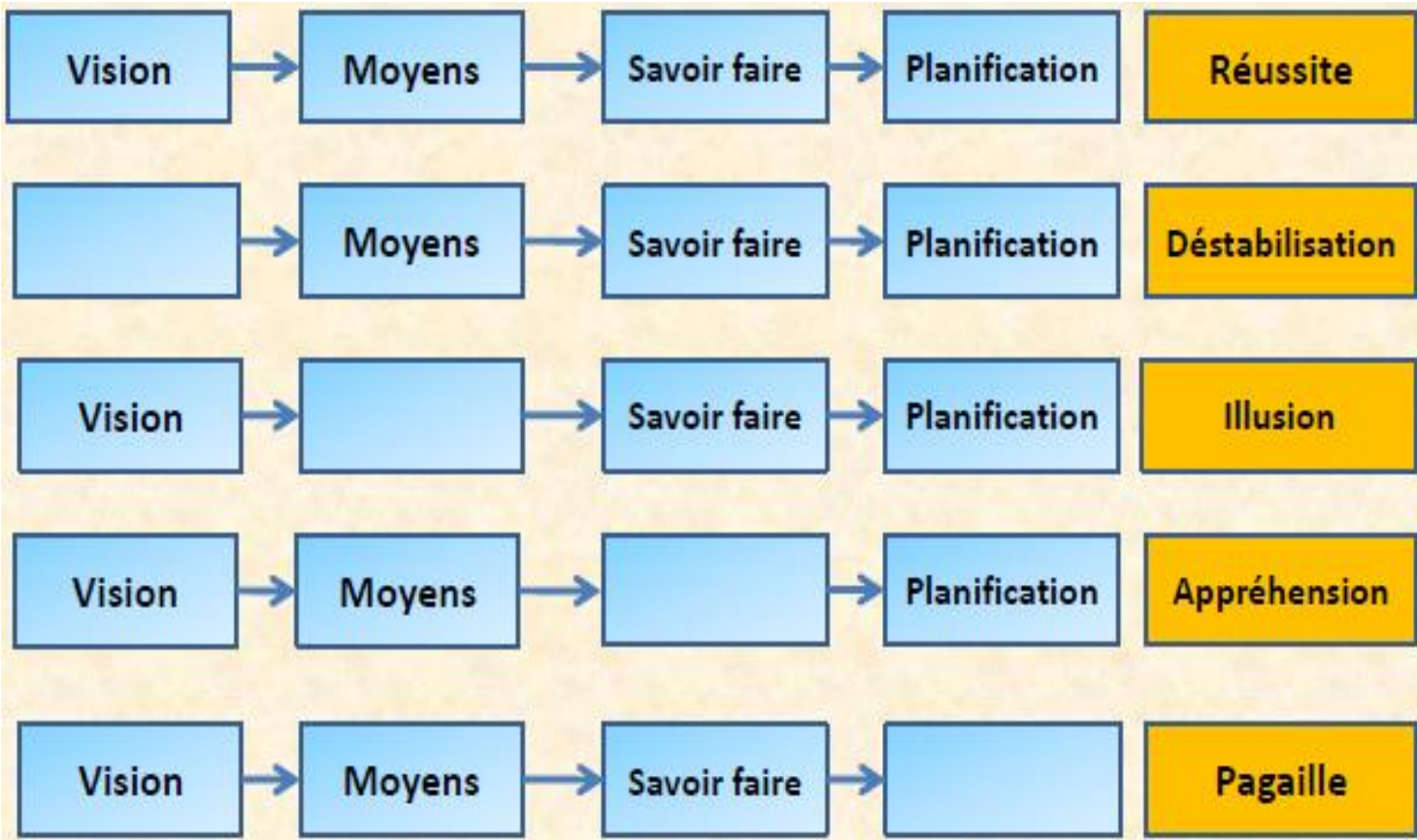
(Dwight David Eisenhower)



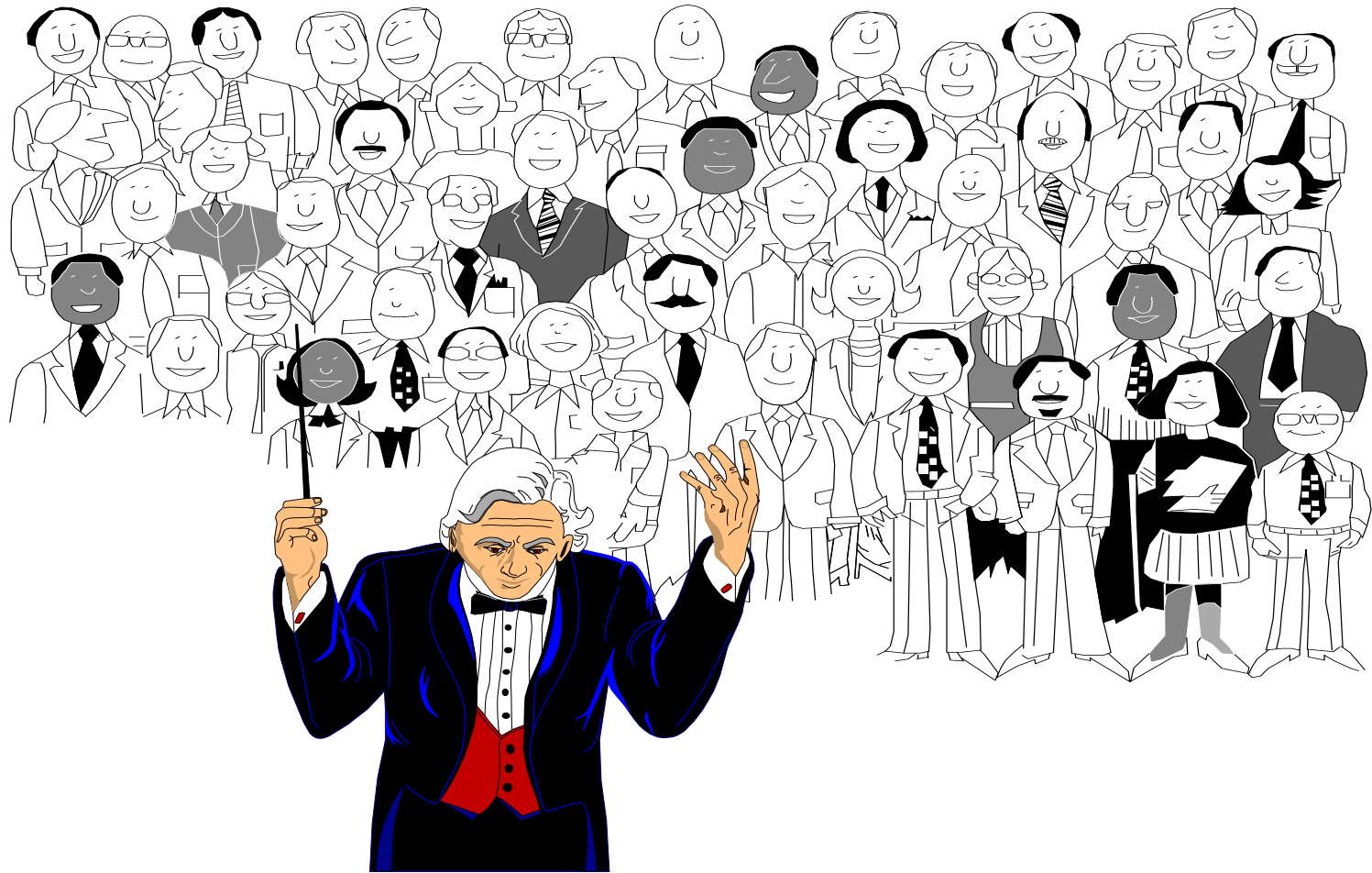
*Les dirigeants établissent la finalité et les orientations de l'organisme. Il convient qu'ils créent et maintiennent un environnement interne dans lequel les personnes peuvent pleinement s'impliquer dans la réalisation des objectifs de l'organisme.*

**Implication pour un système de management:**

- Tenir compte des besoins de toutes les parties intéressées notamment les clients, les employés, les fournisseurs, les financiers, les collectivités locales et la société dans son ensemble.
- Etablir une vision claire de l'avenir de l'organisme
- Définir des objectifs et des cibles réalisables
- Créer et entretenir des valeurs communes et des modèles de comportement fondés sur l'équité et l'éthique à tous les niveaux de l'organisme
- Etablir la confiance et éliminer les craintes
- Fournir au personnel les ressources et la formation nécessaires et la liberté d'agir de manière responsable
- Susciter, encourager et reconnaître les contributions des individus



# PRINCIPE 3 : IMPLICATION DU PERSONNEL



Tu me dis, j'oublie. Tu m'enseignes,  
je me souviens. Tu m'impliques,  
j'apprends.



Benjamin Franklin

[www.citation-celebre.com](http://www.citation-celebre.com)

*Les personnes, à tous les niveaux, sont l'essence même d'un organisme et une totale implication de leur part permet d'utiliser leurs aptitudes à son profit.*

**Implication pour un système de management:**

- Le personnel comprend l'importance de sa contribution et de son rôle dans l'organisme
- Le personnel identifie ce qui freine ses performances
- Le personnel accepte d'être responsabilisé et d'assumer sa part de responsabilité à résoudre les problèmes
- Le personnel évalue sa performance par rapport aux buts et objectifs individuels
- Le personnel recherche activement des occasions d'accroître sa compétence, ses connaissances et son expérience
- Le personnel partage librement le savoir-faire et l'expérience

## **PRINCIPE 4 : APPROCHE PROCESSUS**



*« Une civilisation qui s'avère incapable de résoudre les problèmes que suscite son fonctionnement est une civilisation décadente. » Aimé Césaire  
Extrait de Discours sur le colonialisme*

*Un résultat escompté est atteint de façon plus efficiente lorsque les ressources et les activités sont gérées comme un processus.*

**Implication pour un système de management:**

- Définition systématique des activités nécessaires pour obtenir un résultat désiré
- Etablissement de responsabilités claires pour la gestion des activités clés
- Analyse et mesure du potentiel des activités clés
- Identification des interfaces des activités clés avec et entre les différentes fonctions de l'organisme
- Focalisation sur les facteurs – notamment les ressources, les méthodes et le matériel- qui amélioreront les activités clés de l'organisme
- Evaluation des risques, des conséquences et des impacts des activités sur les clients, les fournisseurs et sur d'autres parties intéressées.

## **PRINCIPE 5 : AMELIORATION CONTINUE**

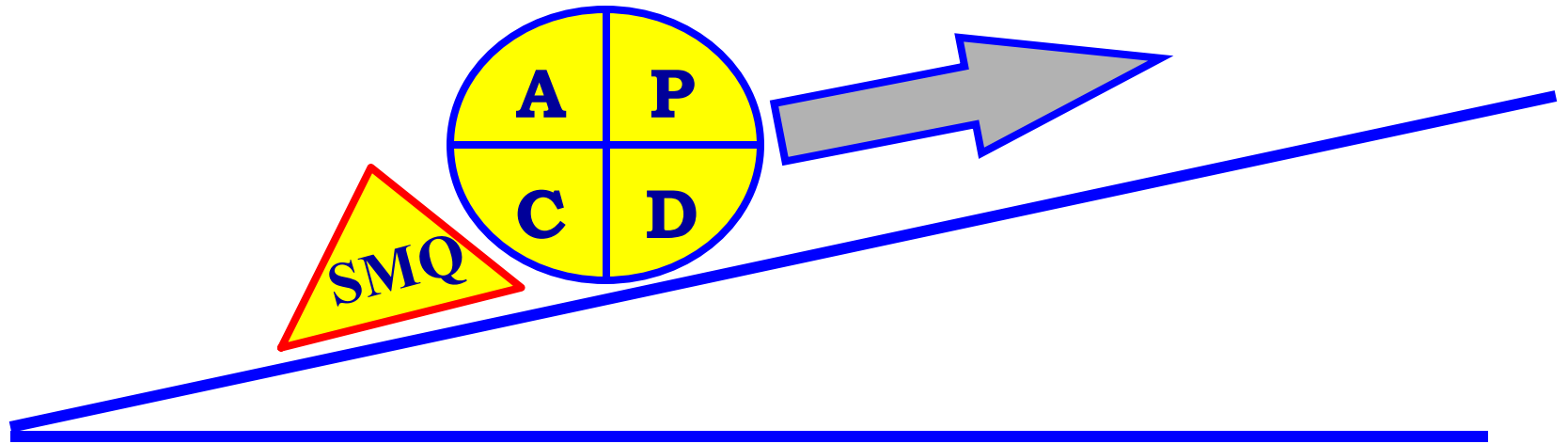


« La vie, c'est comme une bicyclette, il faut avancer pour ne pas perdre l'équilibre. »

Albert Einstein



# PRINCIPE 5 : AMELIORATION CONTINUE

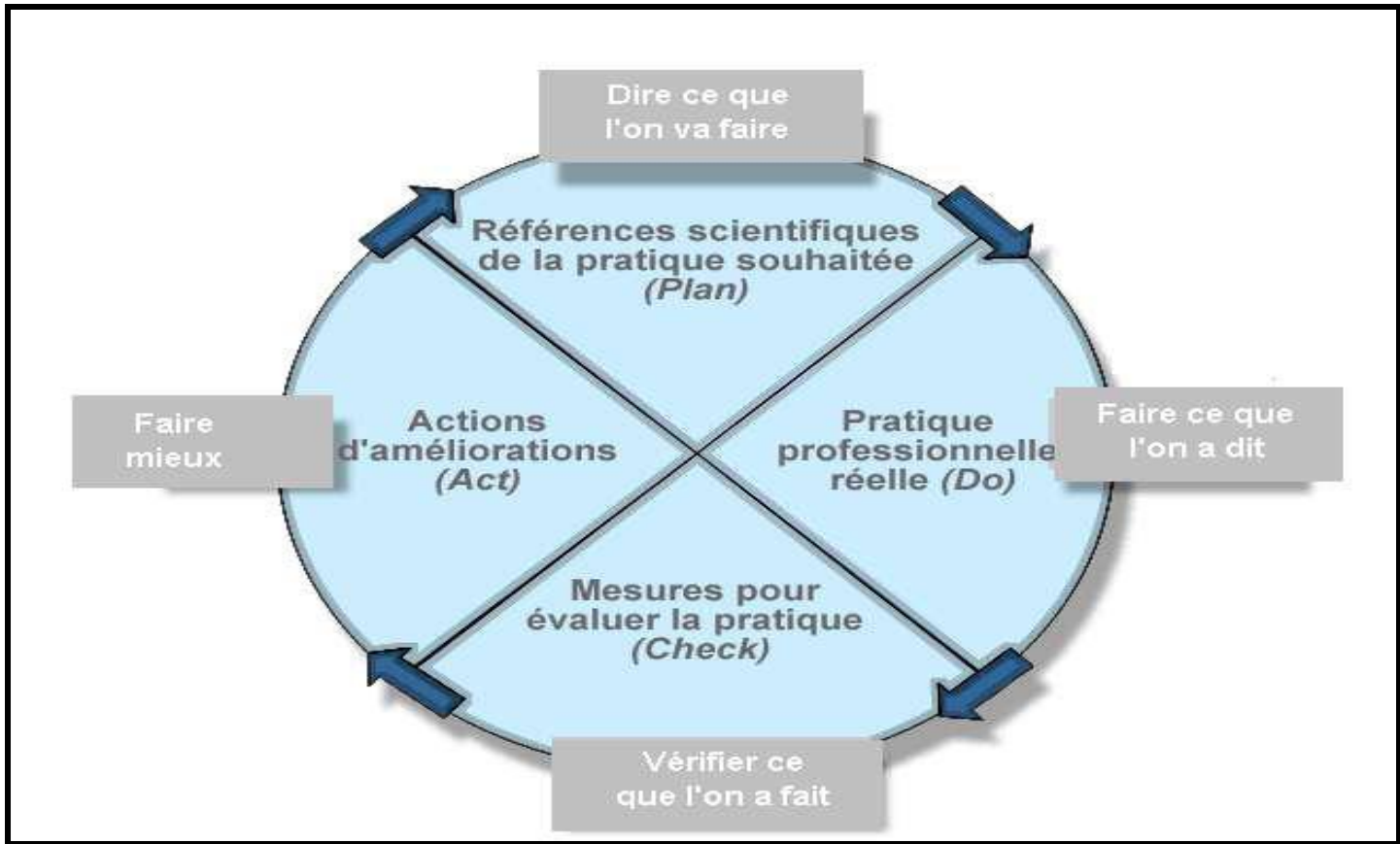


1. Planifier , préparer (**PLAN**): définir l'objectif et les référentiels de pratique, les pratiques à suivre
2. Faire, réaliser (**DO**): mettre en œuvre et appliquer ces objectifs dans la pratique quotidienne
3. Vérifier (**CHECK**): confrontation des pratiques et des objectifs durant une analyse des pratiques
4. Réagir, corriger (**ACT**): améliorer avec la mise en place d'actions d'amélioration pour boucler le cycle
5. La cale traduit la consolidation et le maintien des efforts accomplis au cours du temps

*Il convient que l'amélioration continue de la performance globale d'un organisme soit un objectif permanent de l'organisme.*

**Implication pour un système de management:**

- Utilisation d'une approche cohérente à l'ensemble de l'organisme en vue de l'amélioration continue des performances de l'organisme
- Assurer la formation du personnel aux méthodes et outils d'amélioration continue
- L'amélioration continue des produits, des processus et des systèmes devient un objectif pour chaque individu dans l'organisme
- Etablir des buts afin d'orienter l'amélioration continue et des mesures pour en assurer le suivi.
- Reconnaître et prendre acte des améliorations



**PRINCIPE 6 : Prise de décision fondée sur des preuves**

Ce qui est affirmé sans preuve  
peut être nié sans preuve.



Euclide

[www.citation-celebre.com](http://www.citation-celebre.com)

*Les décisions efficaces se fondent sur l'analyse de données et d'informations.*

**Implication pour un système de management:**

- Garantir que les données et les informations sont suffisamment exactes et fiables
- Rendre les données accessibles à ceux qui en ont besoin
- Analyser les données et les informations à l'aide de méthodes valides
- Prises de décisions fondées sur une analyse factuelle

**PRINCIPE 7 : Management des relations avec les parties intéressées**

Les relations sont sûrement le miroir dans lequel on se découvre soi-même.



Jiddu Krishnamurti

[www.citation-celebre.com](http://www.citation-celebre.com)

*Un organisme et ses fournisseurs sont interdépendants et leurs relations mutuellement bénéfiques augmentent leur capacité à créer de la valeur.*

**Implication pour un système de management:**

- Etablir des relations qui équilibrent les gains à court terme et des considérations à long terme.
- Mettre en commun des acquis et des ressources avec les partenaires
- Identifier et choisir les fournisseurs clés;
- Communication claire et ouverte
- Partager l'information et les plans futurs
- Etablir des activités communes de développement et d'amélioration
- Inspirer, encourager et reconnaître les améliorations et les réalisations des fournisseurs.

## **EXERCICE 2** : : Réaliser un bateau en papier

**Durée** : 20

vidéo (7 minutes) Planification (3) Réalisation (5) Contrôle (3)  
Amélioration (2)

**Client** : X et Y

**Entreprises**: A, B, C,

**Objectif** : Mettre en exergue les principes du MQ ci-dessous

- Orientation client
- Approche processus
- Leadership
- Implication du personnel



BOAT



origami

## **1.3. Les facteurs favorisant la bonne implantation d'une démarche qualité**

---

Pour que la démarche qualité s'installe, plusieurs conditions doivent être réunies.

Il est nécessaire que les **responsables de la démarche (de l'établissement de santé) s'impliquent**. Cette condition est indispensable à l'adhésion et la mobilisation des autres participants au projet, sans cela l'équipe peut être démobilisée. Pour mobiliser et motiver l'ensemble des participants, cette action doit concilier les intérêts de l'entreprise et des individus. Pour cela, dans le domaine de la santé, il faut proposer des raisons d'adhérer à cette démarche qualité : amélioration de la qualité des soins, maîtrise des risques courus par les patients, protection juridique...Il doit s'agir d'une démarche continue, sur le long terme, et non rythmée par les obligations ponctuelles.

L'action doit être conduite de façon **commune et participative**. La pluriprofessionnalité doit être recherchée. Le caractère participatif est fondamental puisque chacun des acteurs, contribuant chacun à leur niveau d'action dans la chaîne du processus étudié, apporte son expérience et son analyse des dysfonctionnements possibles. La présence de chacun est rendue d'autant plus importante que la médecine devient hyper-spécialisée.

En France, la démarche qualité en santé s'est implantée dans les établissements de santé depuis plus d'une dizaine d'années, sous l'impulsion de l'encadrement réglementaire que représentent la certification des établissements de santé, et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Espérant qu'au Burkina Faso cela sera le cas avec l'implémentation du REFERENTIEL QUALITE DES FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES ET PRIVEES DU BURKINA FASO

# **II. La certification des établissements de santé**



## II. Assurance qualité / Démarche Qualité

---

2.1 Définition

2.2 Référentiel de certification : sur quelles bases  
l'évaluation est-elle réalisée?

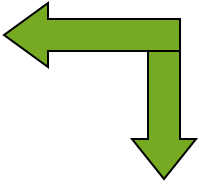
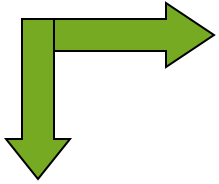
2.3 Principe



La certification des établissements de santé en France particulièrement, est une procédure obligatoire d'évaluation externe, indépendante de l'établissement de santé et des organismes de tutelle, effectuée par des professionnels de santé (soignants et gestionnaires) indépendants, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques

## 2.1 Définition

---





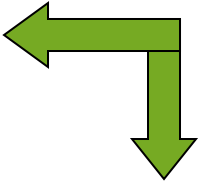
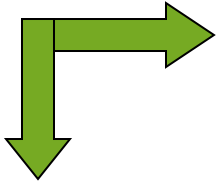
La certification des établissements de santé particulièrement en France, est une procédure obligatoire d'évaluation externe, indépendante de l'établissement de santé et des organismes de tutelle, effectuée par des professionnels de santé et experts en qualité (soignants et gestionnaires) indépendants, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques.

Les objectifs de la certification consistent à améliorer la qualité et la sécurité des soins délivrés au patient au travers de la promotion des démarches d'évaluation et d'amélioration des pratiques. De ce fait elle vise à renforcer la confiance du public par la communication des résultats puisque l'intégralité de ceux ci est (doit être) rendue publique.

Il s'agit donc d'une reconnaissance externe de la qualité des établissements, s'ils satisfont à la procédure de certification.

## **2.2 Référentiel de certification : sur quelles bases l'évaluation est-elle réalisée?**

---



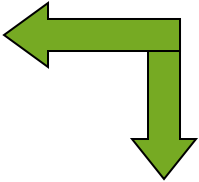
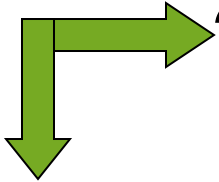
La certification est une démarche évolutive : les exigences et le système de cotation évoluent. Actuellement les établissements doivent se conformer à un référentiel qui est à sa première version.

Le référentiel comporte 2 grandes parties, l'une concernant l'organisation et gestion de la formation sanitaire, la seconde la coordination et réalisation des prestations de prise en charge des clients.

Dans chaque partie, un certain nombre d'exigences sont formulées. On dénombre au total 35 exigences, tels que : *L'établissement doit être une entité et disposer d'un adressage permettant une accessibilité aux parties intéressées, L'établissement doit identifier, collecter, traiter, analyser et diffuser les informations utiles à la prise en charge adéquate des problèmes de santé , L'établissement de santé offre des prestations de chirurgie, d'anesthésie et de réanimation de manière doivent être efficaces et sécurisées*

## **2.3 Principe: comment se déroule la certification ?**

---



En France La certification des établissements de santé est gérée par la HAS. Cette structure est chargée

- d'établir un manuel de certification qui sert de référentiel pour les établissements
- de former les experts visiteurs assurant les visites
- de la décision issue de la visite de l'établissement
- du suivi des effets des avis

En pratique, un groupe d'experts visiteurs de la Haute Autorité de Santé (HAS) assure la visite de l'établissement afin de vérifier **la conformité de l'établissement au manuel de certification.**

**Au Burkina, l'élaboration du référentiel a été piloté par la DQSS mais le processus (Evaluation, distinction) devrait d'être géré par l'INESS (l'Institut National d'Excellence des soins de santé). Cette démarche étant dans sa phase pilote, il serait intéressant de capitaliser les bonnes pratiques et les éventuelles non conformités rencontrées après une (1) année d'implémentation.**

En pratique, dans le cas de la France par exemple, un groupe d'experts visiteurs de la Haute Autorité de Santé (HAS) assure la visite de l'établissement afin de vérifier la conformité de l'établissement au référentiel de certification.

### ***Avant la visite : l'auto-évaluation***

L'établissement réalise son auto-évaluation avec les professionnels de l'établissement. Pour cela, plusieurs groupes de travail sont constitués pour travailler chaque critère. L'autoévaluation est envoyée à la HAS 3 mois avant la date de la visite de certification. L'équipe d'experts visiteurs désignés pour l'évaluation de l'établissement est alors désignée, et en prend connaissance, avant la visite.

## ***La visite de certification des experts visiteurs de la HAS***

Un planning de visite est établi afin d'explorer l'ensemble des références. Chaque expert se voit attribuer un certain nombre de références. L'établissement a la possibilité de proposer des actions correctrices en temps réel, durant la visite. Une restitution (provisoire) est faite à l'issue de la visite, le document final de cette visite est produit dans les 6 mois suivant la visite et envoyé à l'établissement.

A l'issue de la visite, des points faibles peuvent être mis en évidence, de degré de sévérité croissante :

- recommandation
- réserve
- réserve majeure

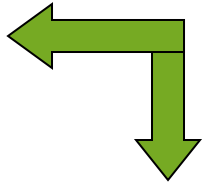
# **III. Le Plan d'amélioration de la Qualité**





# III. Le Plan d'amélioration de la Qualité

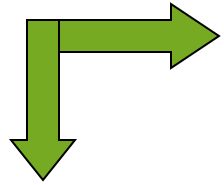
---



3.1 Définition

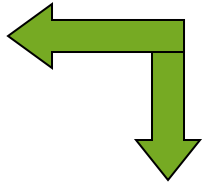
3.2 Processus d'élaboration du PAQ

3.3 Amélioration du PAQ (Suivi)



## **3.1 Définition des concepts**

---



- ❖ **Management de la qualité:** Activités coordonnées pour orienter et diriger un organisme en matière de qualité.  
Le management de la qualité peut inclure l'établissement de politiques qualité, d'objectifs qualité et de processus permettant d'atteindre ces objectifs qualité par la planification de la qualité, l'assurance de la qualité, la maîtrise de la qualité et l'amélioration de la qualité.
- ❖ **Planification de la qualité:** Partie du management de la qualité axée sur la *définition des objectifs qualité* et la *spécification des processus opérationnels* et des *ressources nécessaires*, pour atteindre les objectifs qualité.  
L'élaboration de plans qualité peut faire partie de la planification de la qualité
- ❖ **Plan qualité:** Spécification des procédures, et ressources associées devant être appliquées par qui et quand, pour un objet particulier.

- ❖ **Amélioration continue:** Activité récurrente menée pour améliorer les performances.
- ❖ **Un plan d'amélioration de la qualité (PAQ) :** est un ensemble public et documenté d'engagements en matière de qualité que prend annuellement un organisme de soins de santé envers ses patients ou ses résidents, son personnel et la population afin d'améliorer certaines questions de qualité au moyen de mesures et d'objectifs ciblés. Il sert de moteur d'amélioration pour un ensemble de problèmes définis, en amenant les organismes des quatre coins du Burkina et des différents secteurs du réseau de la santé à s'attaquer à ces enjeux.

## **3.2 Processus d'élaboration du PAQ**

---

Les organismes évaluent leurs progrès en faisant le suivi du travail accompli d'après un ensemble d'indicateurs de qualité. Les indicateurs mesurés varient selon les différents secteurs du réseau de la santé, mais leurs enjeux sous-jacents concernent tous les secteurs. Chaque année, les organismes qui soumettent un PAQ doivent évaluer leur rendement actuel avec cet ensemble d'indicateurs, puis se fixer des objectifs et planifier des mesures en vue d'améliorer leurs résultats.

Le PAQ s'inscrit dans une dynamique d'amélioration continue et constitue une auto-évaluation du système. Il comporte trois parties :

- ❑ Une section narrative, dans laquelle l'organisme met en contexte son travail d'amélioration de la qualité;
- ❑ Un rapport d'étape, dans lequel l'organisme examine le travail accompli au cours de la dernière année, notamment les réussites et les difficultés;
- ❑ Un plan de travail, dans lequel l'organisme fixe ses cibles d'amélioration pour les indicateurs relatifs aux principaux problèmes de qualité et décrit les mesures qu'il compte prendre pour atteindre ces cibles, dont sa collaboration avec d'autres organismes.

un guide étape par étape sur la façon de créer un PAQ:

1. Utilisez **des données se rapportant à l'ensemble de l'organisme** pour connaître votre rendement actuel ou vos données de référence pour les indicateurs prioritaires. Si vous ne disposez pas de données de référence, précisez-le dans le PAQ et commencez à recueillir les données dont vous avez besoin.
2. Les organismes doivent **examiner les indicateurs prioritaires** de leur secteur et déterminer lesquels s'appliquent à leur situation. À l'appui de ce processus, votre organisme doit comparer son rendement actuel aux points de référence et aux meilleurs résultats théoriques au plan national pour tous les indicateurs prioritaires. Si votre organisme choisit de ne pas inclure d'indicateur prioritaire dans son PAQ (p. ex. parce qu'il a déjà atteint ou dépassé les points de référence ou les meilleurs résultats théoriques), il doit le préciser dans la section réservée aux commentaires du plan de travail du PAQ.



D'autres indicateurs peuvent aussi être intégrés à votre PAQ s'ils s'appliquent aux objectifs d'amélioration de la qualité de votre organisme.

3. Suivez les instructions pour établir **un plan** qui traite de chaque domaine prioritaire du système que vous avez décidé d'améliorer (voir ci-dessus). Le plan comprend la formulation d'un objectif, d'idées de changement à mettre à l'épreuve et de mesures des méthodes et des processus, conformément au plan de travail du PAQ.

4. Veillez à la création du **document narratif** qui sert à la communication de ces priorités à vos communautés et à votre personnel. Au besoin, rédigez aussi un **rapport d'évolution** (applicable aux organismes qui rendent compte de données étalées sur plus d'un exercice).

5. **Approbation:** Une fois que le PAQ a été approuvé par le conseil, le comité responsable de la qualité (le cas échéant) et les principaux responsables, les personnes concernées doivent donner leur aval au PAQ. Cette étape est importante pour attester que les responsabilités cliniques, administratives et de gouvernance relatives au PAQ sont partagées.



## **3.3 Amélioration du PAQ (Suivi)**



---

Une fois le PAQ réalisé, il est important de s'assurer que les livrables mentionnés dans les sections sur les objectifs, les mesures et les idées de changement se matérialisent. Les mesures suivantes peuvent faciliter cette tâche:

- 1. nommer un responsable des rapports** devant assurer le suivi du rendement relativement au PAQ. Cette personne doit entretenir de bonnes relations de travail avec ses collègues et l'équipe et souhaiter être un moteur du changement au sein du système;
- 2. accroître la capacité** permanente de l'organisme d'effectuer le suivi du rendement des plans de changement;
- 3. tenir des réunions régulières** avec votre conseil d'administration (et votre comité la qualité), tel que déterminé dans le calendrier annuel du conseil et le processus stratégique de planification et de surveillance pour surveiller les progrès dans l'atteinte des objectifs du PAQ et pour discuter de ces progrès.

## Rapport d'évolution du PAQ

En plus de cerner les domaines d'amélioration, les organismes doivent veiller à ce qu'un système soit en place qui permette la surveillance et le suivi continu du rendement relativement aux engagements et aux priorités énoncés dans le PAQ. Chaque année, dans le cadre du processus de soumission du PAQ, les organismes de soins de santé doivent soumettre un rapport sur leur progrès par rapport aux priorités et aux objectifs du PAQ de l'exercice précédent. Ce rapport d'évolution, qui fait le lien entre le PAQ de l'exercice précédent et le PAQ suivant, doit faire partie intégrante des efforts de surveillance continue de l'organisme tout au long de l'année. Le rapport d'évolution pourra être soumis à l'INESS.

## Rapport d'évolution du PAQ

Voici quelques conseils d'ordre général pour vous aider à préparer votre rapport d'évolution:

- Comparaison avec les objectifs du PAQ précédent: Les organismes doivent rendre compte des progrès accomplis relativement à tous les indicateurs de leur PAQ. Inclure les indicateurs du PAQ précédent, les objectifs de rendement énoncés ainsi que les progrès accomplis jusque-là.
- Progrès accomplis : Pour chaque indicateur prioritaire, préciser le rendement actuel de l'organisme.
- Commentaires : Les organismes doivent se servir de cette section pour expliquer comment les objectifs de rendement de leur PAQ précédent peuvent être relevés, pour décrire les difficultés rencontrées dans l'atteinte des objectifs du PAQ et pour commenter de manière générale l'engagement de l'organisme à atteindre les objectifs de rendement du PAQ de l'exercice suivant.

## Rapport d'évolution (suivi) du PAQ

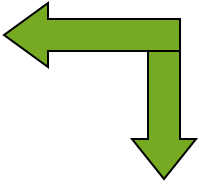
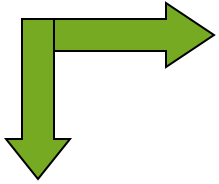
En rédigeant ces commentaires, vous pourriez répondre aux questions suivantes et intégrer les réponses à votre plan:

- Qu'avez-vous appris sur les causes du rendement actuel ?
- Les idées de changement proposées ont-elles été mises en œuvre? Pourquoi ?
- Les changements mis en œuvre vous ont-ils aidés à atteindre ou à dépasser les objectifs fixés ?
- Quelles mesures votre organisme entend-il prendre pour obtenir un meilleur rendement relativement à cet indicateur ?
- Quelles leçons ont été tirées ?

Le rapport d'évolution du PAQ a pour but de démontrer l'engagement de l'organisme à respecter les principes et les exigences du référentiel Qualité.

# CONCLUSION

---





Les PAQ fournissent une occasion importante aux organismes de soins de santé de faire avancer le programme national d'amélioration de la qualité. Dans le cadre du PAQ, les organismes expriment leur engagement envers un système de soins de santé qui est axé sur les patients, qui met l'accent sur la responsabilité et la transparence et qui vise à améliorer la qualité des soins offerts à la population.

La finalité du PAQ étant de réaliser des changements au sein de l'organisme et de veiller à ce que les patients, les clients et les résidents restent à l'avant-plan du système de santé.

**MERCI DE  
VOTRE ATTENTION**